Einige Bemerkungen zur Aetiologie, Differentialdiagnose und Therapie im Anschluß an einen Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter).

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜDRE

AN DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU FREIBURG i. BREISGAU

VON

ACAD.
LUGD.BAT
BIBL.

Richard Oppenheim
aus Berlin.

Tag der Promotion: 2. Dezember 1911.

Emil Ebering, Verlagshandlung, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg

Referent: Prof. Dr. **Salge.**

Meiner Großmutter

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545315_0135

Unter den Krankheiten, die das Leben und die Entwicklung des Neugeborenen und des Säuglings bedrohen, verdienen die Affektionen der Haut eine besondere Beachtung. Der zarte Organismus des Neugeborenen, der in den ersten Lebensjahren für viele Erkrankungen eine weit größere Disposition zeigt als der des Erwachsenen, entbehrt des wichtigen Schutzes einer derben Haut, der die vielen Noxen abhält, die die Gesundheit des Menschen gefährden. Betrachtet man die Haut des Neugeborenen, so erscheint sie außerordentlich weich. Das Epithel, dieses wichtigste Schutzmittel gegen Infektionen der verschiedensten Art, ist ganz unverhältnismäßig dünn, die Hornschicht ist nur wenig widerstandsfähig. Außerdem zeigt physiologisch die Haut die Neigung zu leichter regelmäßiger Desquamation.

Aus diesen Umständen, und wenn man ferner die oft mangelnde gründliche Hautpflege der Neugeborenen berücksichtigt, läßt sich die Disposition gerade ganz junger Kinder für Hautaffektionen sehr leicht erklären. Hinzu kommt noch die Reizung durch die Se- und Exkrete, die Projektion toxischer Stoffe aus dem Verdauungstraktus auf die Haut, Störungen der Ernährung — Ueberfütterung oder Unterernährung —, ferner die in das Gebiet der Diathesen fallenden Anomalien, kurz viel mehr Momente, die beim jungen Kinde Hauterkrankungen auslösen können, als beim Erwachsenen. Und so finden wir denn auch die meisten Hautkrankheiten beim

Neugeborenen und Säugling, angefangen von den leichtesten Formen der Urticaria, des Intertrigo, des Excems bis zu den schwersten Erkrankungen, die mit großen Epithelverlusten einhergehen. Von diesen letzteren ist am gefürchtesten die Dermatitis exfoliativa neonatorum, die nach der Angabe Ritters fast in 50 % aller Fälle zum Tode des befallenen Kindes führt. Sie tritt in der 1.—5. Woche auf, meist aber in der zweiten, und ergreift besonders häufig Kinder, die an und für sich lebensschwach sind, Frühgeburten und schwächliche Kinder, deren Resistenz gegen Affektionen von vornherein gering ist oder durch unzweckmäßige Ernährung, wie z. B. künstliche Nahrung, herabgesetzt ist.

Diese zuerst von Ritter[1] unter dem Namen Dermatitis erysipelatosa beschriebene Krankheit zeigt als Hauptcharakteristikum eine Exsudation in das Rete Malpighi der Epidermis, die zu einer Abhebung der Hornschicht führt, die sich dann auf weite Strecken hin durch sanften Fingerdruck abschieben läßt.

Die erste Schilderung dieser nach ihm benannten Krankheit hat Ritter im Jahresberichte der Prager Findelanstalt 1870 gegeben. Er legte eine Beobachtungsreihe von 27 Fällen zugrunde. Da sich seiner exakten und ausführlichen Schilderung des Symptomenkomplexes fast alle Autoren angeschlossen haben, seien die wichtigsten Punkte daraus hier hervorgehoben:

„Der eigentliche Beginn der Dermatitis erysipelatosa bestand beinahe ausnahmslos in einer wenig intensiven, verschwommenen Rötung der unteren Gesichtshälfte mit mä-

1. Oesterreichisches Jahrbuch für Paediatrie 1870.

ßiger Schwellung, namentlich der Oberlippe, und reichlicher kleienartiger Abschuppung. Diese Erscheinung stand anfangs vereinzelt da, oder es trat schon gleichzeitig mit ihr eine lebhafte, entweder allgemeine oder auf den Rumpf und die Extremitäten (mitunter selbst auf einzelne Partien derselben) beschränkte Rötung auf. In fast allen Genesungsfällen stieg die Eigenwärme nicht über die physiologische Schwankung von 37—37,8° C., welcher Umstand beweisen dürfte, daß hochgradige Steigerungen der Eigenwärme im Verlaufe der Dermatitis erysipelatosa zumeist auf Rechnung anderweitiger zufällig hinzutretender oder sekundärer Krankheitszustände zu setzen sein dürften.

Diese Erscheinungen waren sehr flüchtig, hatten nur wenige Stunden Dauer. In rascher verlaufenden Fällen — (und die Raschheit war um so größer, je jünger das Kind und je intensiver die Affektion war) — gelangte man kaum zu eigener Anschauung von diffusen, bläschenförmigen, schlaffen und von sparsamer, oft kaum wahrnehmbarer farbloser Flüssigkeit unterspülten Erhebungen verdickter Epidermis; sondern man sah nur sofort auf 3—4 Zoll langen, verschieden kontourierten, meist aber etwas schmäleren Strecken, namentlich am Bauche der ganzen Länge nach adhärierende, aber leicht abziehbare verdickte und weiße Epidermislappen abgehoben. Bei weniger rapidem Verlaufe traf man vorzüglich an den Schulterblättern und an den Streckflächen der Extremitäten noch größere und kleinere, z. T. konfluierende blasige Erhebungen.

Gleichzeitig damit war es aber auch schon im Bereiche der Mundspalte zu dicken schuppigen Borkenbildungen gekommen, zwischen welchen radiär auslaufende, und nament-

lich gegen die Mundwinkel konvergierende, seichtere und tiefer gehende Furchen und Rhagaden entstanden. Seltener wurde die behaarte Kopfhaut in einer den Hautdecken des Rumpfes ähnlichen Weise ergriffen.

Das an den betreffenden Stellen blosgelegte Corion zeigte nun eine dunkle gesättigte Fleischröte, in seltenen Fällen mit einem Stich ins gelbliche; — in weiterem Verlaufe wurden dann immer weitere Stellen der Körperfläche so der Oberhaut beraubt, und namentlich an den Händen und Füßen erreichte diese Exfoliation und zugleich die Verdickung der Epidermis einen Grad, daß ein an ein oder mehr Seiten durchgeschnittener Handschuh vielleicht das passendste Bild davon abgeben möchte. In den folgenden Tagen wurde auch die Borkenbildung im Gesichte immer massenhafter, und bei der allmählich fast alle Partien der Peripherie umfassenden Ablösung der Epidermis bot das Kind einen wahrhaft grauenhaften Anblick dar und sah wie abgehäutet aus.

Dabei hörte in nicht komplizierten Fällen das Kind nicht auf, die Brust zu nehmen, zeigte keinerlei Gewichtsabnahme, besonders dann nicht, wenn Darmkatarrhe ausblieben; die Herzaktion zeigte keine Beschleunigung, selbst der Schlaf war nicht gestört.

In der Reihe nun, als die einzelnen Partien ihrer Oberhaut beraubt wurden, trat alsdann an den entblößten Stellen eine dichte, kleienartige Abschilferung der sich erneuernden Epidermis ein, welche nach und nach allgemein wurde, und im Gesichte nach der Entfernung der Borken einen höheren Grad erreichte als am Rumpfe. Diese Abschilferung dauerte 7—10 Tage, während welcher Zeit (wenn das Kind

nicht durch anderweitige Folgekrankheiten oder Schwächen zugrunde ging) die Färbung der Hautdecken allmählich zu dem natürlichen Colorite überging, die Oberhaut sich regenerierte und nur hie und da noch unregelmäßiger gestaltete, größere und kleinere Flecken durch eine dunklere aber immerhin gegen die frühere gehalten matte Rötung abstachen.

Konstant in jedem Fall hier und da, mit Vorliebe am Kapillitium, doch auch an jeder anderen Körperstelle traten mehr weniger zahlreiche subkutane Eiterherde oder Furunkelbildungen auf, die größtenteils zur Entleerung kamen, mitunter aber auch eintrockneten und sich verloren. Manchmal traten mit der Furunkulose auch hartnäckige Exceme auf.

Von Komplikationen traten relativ häufig in günstigen Fällen konkomittierende Darm- und Bronchialkatarrhe auf, in letalen Pneumonie; dabei verjauchten und gangräneszierten die subkutanen Eiterherde, es traten Nachschübe auf und beträchtliche Phlegmonen der Hautdecken an den Genitalien, After, kurz an den Schleimhautübergängen."

Der in der hiesigen Klinik zur Beobachtung und Heilung gelangte Fall zeigt in seinem Verlaufe einen völlig mit der Ritterschen Schilderung übereinstimmenden Symptomenkomplex. Es handelte sich um ein rechtzeitig und spontan geborenes viertes Kind gesunder Eltern, das am dreizehnten Tage erkrankte. Das Kind war von der Mutter nicht gestillt worden wegen „Hohlwarzen", sondern hatte Schweizer Alpenmilch bekommen, 2 Strich auf 6 Strich Wasser, dazu ein halbes Stück Zucker auf jeden Schoppen, alle 3 Stunden, und zwar 6 Schoppen am Tage und 2 in der Nacht.

Die ersten Erscheinungen der Erkrankung — das Kind gelangte erst am dritten Krankheitstage zur klinischen Beobachtung — das Erythem der unteren Gesichtshälfte und die von Ritter beschriebene kleienartige Abschilferung, die ja nur in sehr seltenen Fällen der Kliniker zu eigener Anschauung bekommt, sind aus der Anamnese nicht zu entnehmen. Die Affektion soll mit einer Bildung von kleinen Blasen auf dem Kopfe angefangen, dabei soll Fieber bestanden haben; am zweiten Tage fing die Haut auf dem ganzen Körper an, sich in großen Fetzen abzustoßen. Das Kind soll sehr unruhig gewesen sein, viel geschrieen und schlecht getrunken haben; ferner bestanden Durchfälle, 6—8 Stühle am Tag.

Als das Kind zur Aufnahme kam, zeigte es die ganz eindeutigen Symptome der Dermat. exfoliat. neonat. und ihren nur durch leichte Komplikationen getrübten Verlauf. Um die Augen und Mundgegend bestanden dicke gelbliche Borken, nach deren Lösung das nässende Corium freilag.

Das Kinn ist von Epidermis frei; auf dem ganzen übrigen Körper hängt die Epidermis teils in großen Fetzen herunter, teils ist sie durch Blasen, deren Inhalt vertrocknet ist, abgelöst. Mit dem Finger läßt sich die Epidermis in großen Lamellen abschieben. Das darunter liegende Corium ist trocken. Das Abdomen aufgetrieben, gespannt; Milz nicht palpabel. Lungen- und Herzbefund o. B. Konjunktiven leicht entzündet, Augen werden zugekniffen gehalten.

Nach einer Woche tritt am rechten Ellenbogen eine kleine Druckstelle mit entzündeten Rändern auf.

Am 14. Tage seit dem von der Mutter mitgeteilten Beginne der Erkrankung ist die Haut völlig blank und trocken,

zeigt keine Abschuppung mehr. Das Kind sieht gut aus, trinkt gut und erholt sich langsam. Die Konjunktiven sind blaß, die Entzündung am Ellenbogen ist abgelaufen.

Ueber die Aetiologie der oben beschriebenen Erkrankung ist nichts sicheres bekannt. Ritter hielt sie für eine pyämische und zwar für eine epidemische Form der Pyämie und „nicht eine der verderblichsten." Escherich erklärte sie als eine septische Allgemeininfektion des Neugeborenen. Von den neueren Autoren meint Luithlen wegen des primären Exanthems und seines Aussehens, daß es sich um eine Einwirkung toxischer Momente handele. Er und Winternitz, sowie Leiner und Knöpfelmacher haben bakteriologische Untersuchungen vorgenommen, deren wenig klare Resultate hier kurz erwähnt seien: Winternitz hat das Blut bei Dermat. exfol. neonat. bakteriologisch untersucht und daraus den Staphylokokkus pyogenes aureus und albus gezüchtet. Er hält es für unwahrscheinlich, daß die Kokken von der Hautoberfläche stammen wegen der Kautelen, die bei der Abimpfung beobachtet wurden. Leiner und Knöpfelmacher[2] dagegen glauben, daß die Bakterien aus dem subepidermoidalen Transsudat stammen, das zur Zeit der Abimpfung nach Winternitz an den Fingern bestanden hat. Hierfür spräche die klinische Beschreibung, daß die Hornschicht an den Fingern bei einem intensiven Druck abstreifbar gewesen sei. Dieses Transsudat ist nach den Untersuchungen Hansteens und denen der beiden oben zitierten Autoren reich an Mikroorganismen (Staphylokokken); so ließe sich eine Verunreinigung des

2. Arch. f. Kinderheilkunde X, 178.

durchfließenden Blutes bis zur Entnahme desselben leicht denken. Diese in der Literatur allein berichteten bakteriologischen Untersuchungen, sowie die von Luithlen und Winternitz geschilderten pathologisch-histologischen Veränderungen der erkrankten Hautpartien, die eine starke Wucherung der Rete Malpighi zeigen, haben in die bisher dunkle Frage über die Aetiologie der Dermat. exfol. neonat. nicht mehr Klarheit bringen können.

Bei der Abgrenzung und Differentialdiagnose der Dermat. exfol. neonat. gegen andere Hautaffektionen des Neugeborenen kommen in Betracht:

I. Pemphigus syphiliticus.
II. Pemphigus foliaceus.
III. Erythrodermia desquamativa (Leiner).
IV. Pemphigus neonatorum.

Der Pemphigus syphiliticus scheidet bald aus. Es handelt es sich hier neben anderen spezifischen maculösen oder papulösen Exanthemformen vorwiegend um Blasen und Pusteln, und zwar besonders deutlich und symmetrisch auf Handtellern und Fußsohlen. Auch die übrige Körperhaut weist neben anderen spezifischen Efflorescenzen blasenartige und pustulöse auf, jedoch nicht so dicht wie auf Handtellern und Fußsohlen.

Ebenso kommt der Pemphigus foliaceus, der, wie von Behrend behauptet wurde, mit der Dermat. e. n. identisch sein soll, differentialdiagnostisch kaum in Frage. Denn er verläuft chronisch, befällt fast ausnahmslos Erwachsene und führt in den allermeisten Fällen zum Tode. Schwieriger ist die Abgrenzung gegen die Erythrodermia desquamativa

(Leiner), die zuerst von Leiner beschrieben wurde[3] und von der Welde einen von ihm beobachteten Fall beschrieb[4].

Es handelt sich hier um eine universelle Erkrankung des Säuglings, die fast ausschließlich Brustkinder befällt, die durch diese Affektion häufig in ihrer Entwicklung geschädigt werden. Die Dermatose verläuft in ca. $^1/_3$ aller Fälle tödlich.

Sie beginnt am Ende des ersten oder am Beginne des zweiten Lebensmonats, nicht immer an denselben Stellen, doch meistens an der Kopfhaut, wo sich seborrhoische Veränderungen zeigen. Die Kopfhaut ist nach Art einer Haube bedeckt mit dicken, gelben, sich fettig anfühlenden Schuppenkrusten. Die Augenbrauengegend ist in ähnlicher Weise wie die Kopfhaut verändert und bedeckt mit dicken gelben Krusten. Das übrige Gesicht ist meist intensiv gerötet und mit gelben dünnen Schuppen überzogen. Andere von der Krankheit befallene Säuglinge zeigen am Rumpfe eine Eruption erythematöser Flecken, die sich nach Art eines Erythems ausbreiten. An den Extremitäten werden die Streckseiten stärker befallen und sind mit Schuppen bedeckt, während die Beugeseiten nur eine intensive Rötung zeigen. Die Hände sind gewöhnlich fleckenweise gerötet. In anderen Fällen treten zuerst kleine, flache, nicht juckende, mit einem Schüppchen bedeckte Knötchen auf, die sich zu kleinen rundlichen Herden gruppieren, von denen die Rötung der Haut ausgeht. Diese Efflorescenzen verlieren sich bald in der für diese Affektion charakteristischen universellen Rötung der Haut.

Das Allgemeinbefinden ist nur wenig gestört. Der Schlaf

---

3. Verhandlungen der XXIV. Versammlung der Gesellsch. f. Kinderheilkunde, Dresden 1907.

4. Monatsschr. f. Kinderheilkunde IX, 8 (1910).

ist gut, da der Juckreiz fehlt. Fieber ist nicht vorhanden, der Urinbefund zeigt keine Besonderheiten. Häufig dagegen sind Erbrechen und Diarrhöen. Der Verlauf ist benigne, da langsame Heilung in mehreren Wochen eintritt. Jedoch selbst bei gutartigem Verlaufe und Ausgange der Krankheit tritt fast immer eine Schädigung des Allgemeinzustandes auf. Das Gewicht steht still, nimmt sogar häufig ab und führt unter Umständen zur Atrophie. In den tödlich verlaufenden Fällen tritt der Exitus unter zunehmender Kachexie, Temperatursteigerung und Fortdauer der Diarrhöen ein.

Das Wesentliche des Krankheitsbildes besteht in einer universellen leichten Entzündung der Haut und stetig sich erneuernder Desquamation.

Die Aetiologie dieser Dermatose ist unklar. Leiner gelang es, auf Plattenkulturen von Schuppen verschiedene Mikroorganismen zu züchten, so den Staphylokokkus albus und aureus, den Bacillus Pseudodiphtheriae und den Bacillus Pyocyaneus. Dagegen konnte er in den histologischen Schnitten keine Mikroorganismen nachweisen. Er kommt deshalb zu dem Resultate, daß diesen keine kausale exogene Bedeutung zuzusprechen sei. Gegen die endogene bazilläre Infektion nach Art der septischen Erytheme spricht das Fehlen der Temperatursteigerung, der chronische Verlauf der Affektion und der negative bakteriologische Blutbefund.

Leiner erklärt die Krankheit für ein autotoxisches Erythem, das möglicherweise mit den regelmäßig vorhandenen Ernährungsstörungen in Zusammenhang zu bringen ist. Als Gründe dafür, daß in der Nahrung selbst die Quelle der Krankheit zu suchen sei, führt er an, daß die Nahrungsänderung von therapeutischem Effekte gewesen sei, daß ein

Zwillingspaar, das von derselben Mutter gestillt war, an dieser Dermatose erkrankte, und daß in einer Familie zwei aufeinander folgende Kinder diese Krankheit akquirierten.

Differenzialdiagnostisch kommen alle Hautprozesse in Betracht, die zu universeller Ausbreitung führen. In erster Linie die Dermat. e. n., worauf auch Hoffa-Barmen[5] bei der Demonstration eines Falles von Dermat. e. n. ausdrücklich hinwies. Diese Differenzialdiagnose kann unter Umständen Schwierigkeiten machen; so sind nach Leiner in der Literatur vereinzelte Fälle, die als Dermat. e. n. beschrieben wurden[6], dem Krankheitsbilde der Erythrodermia desquamativa vollkommen entsprechend.

Das Bild der Haut zeigt große Aehnlichkeit mit einer abheilenden Dermat. e. n. nach Welde. Widersprechend ist aber der chronische klinische Verlauf im Gegensatze zu der akut in 7—14 Tagen verlaufenden Dermat. e. n., ferner das Alter der Kinder — der von Welde beobachtete Fall betraf ein 6 Monate altes Kind. Ferner der Punkt, daß die Dermatose nach Leiner ausschließlich Brustkinder, also wie anzunehmen meistens gut oder vielmehr zweckmäßig ernährte Kinder befällt, während die Dermat. e. n. schlecht und unzweckmäßig ernährte Kinder bevorzugt. Auch der Beginn mit den seborrhoischen Veränderungen auf der Kopfhaut und im Gesichte, die bei der Dermat. e. n. nach Ritter nie vorhanden sein sollen, kommt als wichtiges differentialdiagnostisches Moment in Betracht. Schließlich zeigen sich bei der Erythrodermia desquamativa keinerlei Verdickung, Mazeration und Loslösung der Epidermis wie bei der Der-

5. Archiv für Kinderheilkunde XIX, 685.
6. Fälle von Luithlen im Arch. f. Dermatologie XXXXVII.

mat. e. n., und es fehlt völlig irgend eine wesentliche Exsudation, wenigstens im weiteren Verlaufe der Erythrodermia desquamativa.

Als vierte und letzte Hautaffektion, die differentialdiagnostisch gegen die Dermat. e. n. abzugrenzen ist, kommt der Pemphigus acutus neonatorum in Betracht. Diese Erkrankung in ihren harmlosen Formen, den sogenannten Schälblattern, macht keinerlei diagnostische Schwierigkeiten; bei weniger leichtem Auftreten aber ist sie schwer, ja oft überhaupt nicht von der Dermat. e. n. zu trennen. Die Autoren, die sich in neuester Zeit mit der Erforschung dieser Frage beschäftigt haben, Knöpfelmacher und Leiner[7] und Hedinger[8] kommen auf Grund ihrer Untersuchungen sogar zu dem Resultate, daß es sich bei der Dermat. e. n. nicht um eine Erkrankung sui generis, sondern um eine Form des Pemphigus neonatorum, und zwar die schwerste handele. Auf das Wesentlichste dieser beiden vorliegenden Originalarbeiten sei hier in Kürze eingegangen.

Die Divergenz der Ansichten derjenigen Autoren, die an der Spezifität des Krankheitsbildes der Dermat. e. n. festhalten, wie z. B. Luithlen, und der Autoren, die sie mit der gleichen Bestimmtheit unter den Begriff des Pemphigus neonatorum einreihen, erklärt sich nach Hedinger dadurch, daß bei der relativen Seltenheit der Erkrankung ein Autor fast nie über eine größere Beobachtungsreihe verfügt, teils aber dadurch, daß zwischen den beiden Krankheitsbildern sowohl in klinischer wie in pathologisch-anatomischer Hinsicht sehr weitgehende Uebereinstimmung herrschen

7. Arch. f. Kinderheilkunde X, 178.
8. Arch. f. Dermatologie LXXX, 349.

kann. Diese Aehnlichkeit wird auch von den Anhängern der Spezifität der beiden Krankheitsprozesse zugestanden.

Ritter hebt die Unterschiede zwischen Pemphigus neonatorum und seinem Symptomenkomplexe folgendermaßen hervor:

Pemphigus zeigt zirkuläre Blasen mit gelblichem Inhalte, charakteristischem Saume und radiärer Vergrößerung; kein Erythem, keine Hautverdickung und häufige Nachschübe. Bei der Dermat. e. n. ist dagegen meist Erythem vorhanden; wenn Blasen auftreten, haben sie wasserhellen oder gelben, getrübten Inhalt. In letzterem Falle hat aber die Blase, namentlich, wenn sie groß ist, keine scharfe Begrenzung und unregelmäßige Umrisse. Die Cutis ist hier in wesentlich tieferen Schichten mitbeteiligt als beim Pemphigus.

Ein wesentliches Charakteristikum der Dermat. e. n. im Gegensatze zum Pemphigus neonat. ist die der Exfoliation vorangehende Rötung der Haut. Dieses Phänomen zeigt sich manchmal auch bei Fällen von typischem Pemphigus. So berichtet Litten[9] von einer Epidemie, der von 7 Kindern 5 zum Opfer fielen:

„Die Krankheit befiel die Kinder gleich nach der Geburt oder in den ersten Tagen nach derselben. Es bildete sich auf einer mehr oder weniger geröteten Stelle der Haut, namentlich am Bauche, aber auch an jeder anderen Stelle der Körperoberfläche eine Blase, wie nach einer Verbrennung, deren Inhalt zunächst wasserhell war, aber bald wolkig und eitrig wurde. Die Blasen waren niemals prall, sondern schlaff und dehnten sich nach der Fläche hin, indem die

9. Cit. a. d. Artikel v. Hedinger Arch. f. Dermat. LXXX.

Flüssigkeit die Epidermis hob und schob, so rapide aus, daß sie bald die Größe einer Hand hatten und den Bauch in seiner ganzen Ausdehnung einnahmen. Auf dieser Stufe blieb aber die Krankheit nicht stehen, sondern der Prozeß ging schnell über die ganze Oberfläche, und in einem Zeitraum von 24—28 Stunden seit Beginn des Prozesses war die Oberhaut des ganzen Körpers abgelöst und die langen Epidermisfetzen hingen von Fingern und Zehen herunter."

Die bei dieser Epidemie zunächst im Vordergrunde der Erkrankung stehende Blasenbildung, der in den ersten Lebenstagen und -Stunden einsetzende Prozeß (ein Moment, auf das Luithlen zur Differentialdiagnose großes Gewicht legt), lassen diese Epidemie wohl mit Bestimmtheit als Pemphigus auffassen, obwohl der weitere Verlauf mit der intensiven Exfoliation die größte Aehnlichkeit mit der Dermat. e. n. aufweist.

Die beiden anderen Characteristica der Dermat. e. n., die Quellung der Haut und die starke Exfoliation sind der Ritterschen Erkrankung und dem schwer verlaufenden Pemphigus gemeinsam.

Im späteren Stadium eines malignen Pemphigus ist es deswegen oft nicht möglich, wie auch Luithlen, der doch energisch an der Spezifität der Dermat. e. n. gegenüber dem Pemphigus neonat. festhält, zugibt, eine Differentialdiagnose zu stellen. Eine solche ergibt sich nach Luithlen aus der Anamnese, indem ein Beginn der Erkrankung mit Blasenbildung für einen Pemphigus neonat. spricht, und dann aus der histologischen Untersuchung.

Die Blasenbildung als differentialdiagnostisches Moment ist ebenfalls nur mit Vorsicht zu verwerten. Sie kommt auch

bei der Dermat. e. n. vor, und sollen hier die Blasen im Gegensatze zum Pemphigus auf charakteristisch veränderter, d. h. geröteter Haut stehen, selten rund und nicht scharf begrenzt sein. Ebenso soll die Blasendecke undurchsichtig und schlaff sein, der Inhalt der Blasen trübe und gering. Dagegen zeigt der Pemphigus mit geplatzten Blasen keine verdickte Haut; die sich ablösende Schicht ist ein einfaches Blättchen der Hornschicht, unter dem eine rote stark nässende Fläche liegt. Beim Pemphigus soll dieses Nässen das Hauptsymptom sein, während bei der Dermat. e. n. die Exfoliation im Vordergrunde steht, und das Nässen mehr einer gewissen Durchtränkung entspricht.

So sind also nach Hedinger sämtliche Symptome der Dermat. e. n. mehr oder weniger auch beim Pemphigus neonat. ausgesprochen, was die Differentialdiagnose in vielen Fällen außerordentlich erschwert.

Es genügt also nicht, bemerkt Leiner, wenn man, wie Ritter es tut, jene leichten gutartigen Pemphigusfälle mit Bildung einzelner kleiner Blasen dem Symptomenkomplexe der Dermat. e. n. entgegenstellt. Denn es gibt, wie aus dem Vorhergehenden ersichtlich ist, zahlreiche Fälle von zweifellosem Pemphigus neonat., bei welchen die von Ritter angeführten Unterscheidungsmerkmale nicht zutreffen. Beim Pemphigus exfoliativus, foliaceus oder malignus kommt es zur Bildung schlaffer Blasen mit unregelmäßiger Umrandung, Blasen, die sich nicht kreisförmig, sondern ungleichmäßig ausbreiten, und bei denen auch Exfoliation eintritt. Sogar das Hauptcharakteristikum, die Exfoliation und die Eigentümlichkeit, daß sich die Oberhaut anscheinend gesunder Körperpartien beim Darüberstreifen vom Corium ablösen

läßt, so daß letzteres glänzend und etwas feucht zu Tage tritt, läßt sich in mannigfachen Abstufungen bei einzelnen Fällen von Pemphigus neonat. nachweisen.

Solche Fälle von Pemphigus, die jetzt wegen der verbesserten Säuglingspflege seltener zu sein pflegen, und unter denen, wie Ritter selbst zugibt, nach dem Berichte der Wiener Findelanstalt sich auch Fälle von Dermat. e. n. befunden haben dürften, sind wichtig wegen des Verhältnisses der Dermat. e. n. zum Pemphigus neonat. Bloch berichtet über solche Fälle von „Pemphigus malignus", mit meist ausgedehnten Verlusten der Epidermis, zumeist kombiniert mit Blasenbildung, in einzelnen Fällen ließ sich auch die Epidermis ablösen.

Bedeutsam sind auch die Fälle, in denen nach Leiners Beobachtungen ein einfacher, gutartiger Pemphigus direkt in eine Form überging, wie sie von Ritter als Dermat. e. n. beschrieben wurde. Allerdings war dies nach Ritter nur selten der Fall. Leiner berichtet über einen Fall, bei dem innerhalb weniger Tage ein einfacher Pemphigus mit wenigen kreisrunden Blasen in die letal verlaufende Form der Dermat. e. n. überging.

Ebenso kann auch das Verhältnis der Dermat. e. n. zum Pemphigus durch den Uebergang einer Epidemie von Dermat. e. n. in eine von Pemphigus beleuchtet werden. Ein solches Ineinandergreifen beider Affektionen liegt der oben mitgeteilten Littenschen Beobachtung zugrunde.

Ueber einen ähnlichen Fall berichtet Leiner: Ein Kind mit Dermat. e. n. wurde in die Klinik aufgenommen, wenige Tage darauf ein Kind mit Pemphigus neonat., das die Mutter infiziert hatte. Einige Tage später kam ein wei-

terer Fall von Pemphigus neonat. in die Klinik. Leiner gelang es festzustellen, daß in allen drei Fällen dieselbe Hebamme interveniert hatte, daß die beiden Pemphigusfälle aus der Nachbarschaft des zuerst unter den deutlichen Symptomen der Dermat. e. n. in die Klinik gelangten Kindes stammten, und daß die Infektion auch zeitlich zusammenfiel.

Hinzukam noch eine eigenartige Tatsache: Einige Tage nach dem Exitus des Dermatitis-Kindes kam das zweijährige Schwesterchen desselben wegen Pemphigus contagiosus in die Ambulanz. Nach Angabe der Mutter war das Kind in derselben Wanne wie das Neugeborene gebadet worden.

Eine ganz analoge Beobachtung teilt Hedinger nach einem Referate[10] mit: Ein 6 Tage alter Knabe, der am dritten Lebenstage einen roten Fleck auf der Brust zeigte, starb am vierten Krankheitstage nach allgemeiner typischer Ablösung der Epidermis. Zu gleicher Zeit erkrankte in der Klientel der gleichen Hebamme, die an einer Paronychie litt, ein anderes Kind an einem Blasenausschlage; es genas wieder.

Hedinger selbst beobachtete einen ähnlichen Fall. In der Berner dermatologischen Klinik (Jadasson) kam ein am 7. Lebenstage erkranktes Kind, das klinisch die Symptome der Dermat. e. n. darbot, zum Exitus. Wenige Tage darauf kam ein Kind in die Klinik, das das typische Bild eines Pemphigus neonat. zeigte und aus der Praxis der gleichen Hebamme stammte, die das erste an Dermat. e. n. verstorbene Kind besorgt hatte.

Die Frage, ob die Dermat. e. n. ebenso wie der Pem-

---

10. Ravogli (Cleveland med. Gaz. Aug. 1901).

phigus neonat. kontagiös sei oder nicht, bejahten Leiner und Knöpfelmacher im Gegensatze zu den Angaben Ritters auf Grund ihrer Beobachtungen; Hedinger äußert sich nicht über diesen Punkt. Ostermayer[11] teilt einen Fall mit, wo ein an Dermat. e. n. erkranktes Kind, bei dem die Affektion an den Lippen begann, die Mutter infizierte. Und zwar hebt er hervor, daß neben der durch die erkrankten Lippen des Säuglings bedingten Kontaktinfektion an den Brustwarzen auch noch regionär zwischen den Brüsten der Mutter und über dem Sternum Pemphigusblasen aufschossen, während keine weitere Blasenbildung am Körper auftrat.

Noch weit weniger, als die klinische Beobachtung, gibt die bakteriologische und pathologisch-histologische Untersuchung ein sicheres Mittel an die Hand, die Dermat. e. n. von dem Pemphigus neonat. zu trennen. Die bakteriologische Untersuchung gibt bei beiden Affektionen ganz den gleichen, aber nicht charakteristischen Befund; histologisch existieren keine prinzipiellen Verschiedenheiten, sondern die Differenzen sind nur quantitativer Natur.

Während nun Knöpfelmacher und Leiner die Dermat. e. n. mit Bestimmtheit als eine sehr schwere Form des Pemphigus neonat. erklären, kommt Hedinger zu keinem so positivem Resultate. Er glaubt zwar, die Dermat. e. n., wenigstens soweit sie nicht in größeren Epidemien auftritt, ganz in dem Sinne der obengenannten Autoren auffassen zu dürfen, dagegen wirft er am Schluß die Frage auf, ob nicht die von Pick genau charakterisierte, stets

---

11. Arch. f. Dermat. LXVII, 164.

epidemisch auftretende Erkrankung, die ohne vorausgehende Blasenbildung zur Ablösung der obersten Hornschicht führt, und immer am Munde beginnt, als eigenes nur der Ritterschen Dermat. e. n. angehöriges Krankheitsbild aufrecht zu halten ist. Diese Frage kann seiner Ansicht nach auf Grund der hier besprochenen Beobachtungen weder bejaht noch verneint werden. Da solche Formen auch sporadisch vorkommen können (z. B. der Fall von Ostermayer) und dann namentlich angesichts des Zurückgehens der Epidemie von Dermat. e. n. und von Pemphigus neonat. mit besseren hygienischen Vorkehrungen, ein Moment, das auch Knöpfelmacher und Leiner an der Hand der von Epstein aus der Prager Findelanstalt mitgeteilten Fälle hervorheben, erscheint die Identität auch dieser epidemisch auftretenden Formen mit einem epidemischen malignen Pemphigus neonat. nicht unmöglich. Definitive Klärung auch in dieser Frage ist nach Hedingers Meinung nur durch die Erkennung der eigentlichen Krankheitsursache in Erfahrung zu bringen.

Deshalb erscheint es zweckmäßig, solange diese Frage noch nicht geklärt ist, die Dermat. e. n., wenn sie typisch verläuft, also ohne vorausgehende Blasenbildung am Munde mit Borken- und Rhagadenbildung beginnt und das so auffällige Symptom der Exsudation in das Rete Malpighi zeigt, die zur Ablösbarkeit der Epidermis auf weite Strecken führt, nach dem Vorgange von Galewski[12] getrennt vom Pemphigus neonat. zu beschreiben und zu behandeln.

---

12. Pfaundler und Schloßmann. Handb. d. Kinderheilkunde Bd. 4.

Der in der hiesigen Kinderklinik beobachtete Fall gehört in die Reihe der Fälle, die man in dem Sinne Galewskis der Ritterschen Dermat. e. n. zuzählen muß, da sich sein Symptomenkomplex, wie oben ausgeführt wurde, mit der Ritterschen Beschreibung deckt.

Die Therapie der Dermat. e. n. darf nicht nur eine rein lokale sein, sondern hat daneben als wichtigste Punkte den Ernährungszustand und das Allgemeinbefinden des Kindes zu berücksichtigen. Wie oben erwähnt wurde, befällt die Krankheit besonders gern die Kinder, die schon an und für sich lebensschwach sind, Frühgeburten und schwächliche Kinder, deren Resistenz von vornherein gering ist. Deshalb ist es von größter Bedeutung, ob Frauenmilch vorhanden ist oder nicht. Die Ernährung muß unter allen Umständen mit Frauenmilch erfolgen, denn sonst ist die Prognose außerordentlich schlecht. Ist das Kind nicht dazu imstande, selbst aus der Brust zu trinken, so muß man es mit abgezogener Frauenmilch ernähren, die man ihm unter Umständen tropfenweise mit der Pipette beibringt.

Für die lokale Behandlung ist es wichtig, von dem Kinde Sekundärinfektionen abzuhalten, die durch die von der Hornschicht entblößte Haut leicht Eingang finden können. Tritt diese Sekundärinfektion ein, so kann es im schwersten Falle zu allgemeiner Sepsis kommen, an der das erkrankte Kind zugrunde geht. Deshalb ist es wichtig, die erkrankten Hautpartien nach außen hin zu schützen und doch nicht von der Luft abzuschließen. Man verwendet deshalb statt der früher üblichen Salben lockere Verbände von sterilem Mull oder Gaze und pudert das Kind zuvor

mit einem Streupulver ein. So hat Baginsky[13] ein Streupulver von Zinc. oxydat. und Talcum aā angegeben. In der hiesigen Klinik wurde das Kind, nachdem die von der Hornschicht entblößten Stellen mit 3 % Agent. nitric. täglich einmal gepinselt waren, dick mit sterilem Bolus alba eingepudert. Auf diese Weise gelingt es, das nässende Corium trocken zu erhalten und den Mikroorganismen dadurch einen günstigen Nährboden zu entziehen. Deshalb empfiehlt es sich auch, den Verband recht locker anzulegen, um das Aufsaugen des Exsudates zu fördern und den Luftsauerstoff hindurchzulassen.

Zweckmäßig ist es ferner, adstringierende Bäder vor Anlegung des Verbandes zu geben. Man benutzt dazu entweder Tanninbäder (20 g Acid. tannic. auf ein Säuglingsbad) oder Bäder von Eichenrindenabkochung.

Der in der hiesigen Klinik beobachtete Fall genas bei dieser Therapie in 12 Tagen.

---

13. Therapeutische Mitteilungen. Therapie d. Gegenwart. Juni 1900.

Zum Schluß erlaube ich mir, Herrn Prof. Dr. Salge für die Ueberlassung des Themas und für seine freundliche Förderung meiner Arbeit an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

Oesterreichisches Jahrbuch für Paediatrie 1870:
Ritter, Dermatitis erysipelatosa.

Pfaundler und Schloßmann. Hadb. d. Kinderheilkd:
Galewski, Hautkrankheiten des Neugeborenen.

Salge: Einführung in die moderne Kinderheikunde.

Arch. f. Kinderheilkunde XIX, 685:
Hoffa-Barmen, Demonstration. ein. Falles v. Dermat. e. n.

Arch. f. Kinderheilkunde X, 178:
Knöpfelmacher und Leiner, Dermat. e. n.

Verhandlg. d. 24. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderheilk. Dresden 1907:
Leiner Erythrodermia desquamativa.

Monatsschr. f. Kinderheilk. IX Nr. 8 (1910:
Welde, Ein Fall von Erythrodermia desquamativa (Leiner).

Arch. f. Dermat. und Syphil. LXXX, 349:
Hedinger, Zusammenh. d. Dermat. e. n. m. d. Pemphigus neonat.

Arch f. Dermat. u. Syphil. LXVII, 164:
Ostermayer, Fall v. Dermat. e. n. mit Infektion der Mutter.

Therapeutische Mitteilungen Therapie d. Gegenwart Juni 1906:
Baginsky, Therapie der Dermat. e. n.

Lebenslauf.

Ich, Richard Ludwig Oppenheim, bin geboren am 23. August 1887 zu Berlin, als Sohn des im Jahre 1904 verstorbenen Sanitätsrates Dr. Alexander Oppenheim und dessen Ehefrau Antonie, geborene Bier. Nachdem ich in einer Privatschule meine erste Ausbildung genossen hatte, besuchte ich das Friedrichs-Werdersche und dann das Königl. Wilhelms-Gymnasium zu Berlin, wo ich Michaelis 1906 das Reifezeugnis erhielt. Ich besuchte die Universitäten Berlin, Heidelberg, München, Kiel und Freiburg, legte im Februar 1909 mein Physikum in Berlin ab und beendete am 25. November 1911 das im Oktober desselben Jahres begonnene Staatsexamen in Freiburg i. Br. Augenblicklich arbeite ich im orthopädischen Institut unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Ritschl als Medizinalpraktikant.